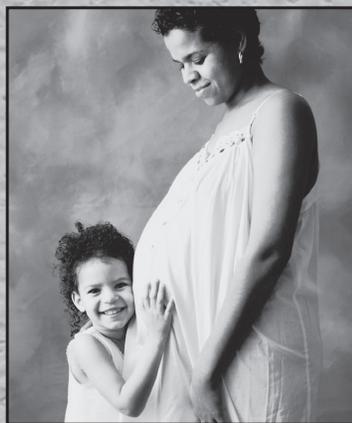


Medicaid

for Low Income Families



SOBRA

Medicaid

ALL Kids

Insurance

The Alabama

Child Caring

Foundation



Solicitud para ALL Kids, The Alabama Child Caring Foundation, SOBRA Medicaid y Medicaid for Low Income Families [MLIF]

Para ser elegible en ALL Kids o Medicaid de Alabama, su niño deberá haber nacido en los E.U.A. o tener documentación de inmigración. Niños sin documentación son elegibles para solicitar asistencia de Alabama Child Caring Foundation. Las mujeres embarazadas sin documentación podrían aún recibir servicios Medicaid de emergencia.

Esta solicitud es para cobertura de atención a la salud, gratis o de bajo costo.

Estos programas proveen Servicios a familias de bajos recursos con niños, mujeres embarazadas, niños menores de 19 años y mujeres de 19 a 44 años de edad (sólo para servicios de planificación familiar/servicios de control de natalidad).

Sus ingresos y la información acerca de su familia determinarán a cuál de los programas puede usted calificar.

Toda la información que se le pide es del mes anterior a la fecha en que usted presenta su solicitud.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con las agencias ALL Kids: 1-888-373-KIDS (5437), o Alabama Medicaid Agency: 1-888-362-1504, (llamadas sin costo)

1. **Solicitante, es decir:** el padre, la madre o persona encargada del cuidado del/los niño(s) O una mujer embarazada. (Niños en la lista de la Página 2.)

Solicitante: Nombre(s) Apellido de soltera	Apellido de casada	Número del Social Security del solicitante (si lo tiene)
Dirección donde recibe su correo	Teléfono de su casa: ()	Teléfono donde podamos dejarle mensaje: ()
Domicilio donde vive (calle o dirección localizable por 911) Condado donde vive	Teléfono de su trabajo: ()	¿Podemos llamarlo al trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ciudad, Estado,	Código postal	Otro teléfono: () ¿De quién es el teléfono?
Estado civil: Casado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>
Soltero <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	¿Qu idioma habla normalmente? inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro _____ ¿Usted u otro familiar habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2. **Mujer embarazada con documentación de inmigración.** (Por favor provea la constancia de un doctor o clínica que confirme que usted está embarazada y la fecha probable de parto).

Nombre	Fecha en que el bebé está por nacer
--------	-------------------------------------

3. **Gastos médicos pagados o sin pagar.** Alguna de las personas por quien usted está solicitando ha tenido gastos médicos en los últimos 3 meses? Sí No

¿Nombre del paciente?	¿Cuándo recibió la atención de salud?	¿Nombre del paciente?	¿Cuándo recibió la atención de salud?
-----------------------	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------

4. **Seguros de salud:** Seguros de salud: ¿Alguna de las personas por quien usted está solicitando servicios tiene seguro de salud (Blue Cross u otros) Sí ___ No ___? Si es sí, necesitamos una copia de ambos lados de su tarjeta

Nombre de la persona en la póliza	Nombre del asegurado	Nombre de la compañía de seguro	Póliza #	Grupo #	En vigencia a partir de la fecha
Nombre de la persona en la póliza	Nombre del asegurado	Nombre de la compañía de seguro	Póliza #	Grupo #	En vigencia a partir de la fecha
¿Se le ha vencido algún seguro de salud en los últimos 3 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Se le va a vencer algún seguro de salud en los próximos 2 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Fecha de vencimiento de la cobertura: _____					
Por favor explique por qu se venció o se va a vencer este seguro y a quiénes afecta: _____					
¿Alguno de los niños, por los cuales está solicitando, es elegible para el seguro de salud de los empleados del Estado o de los empleados del sistema escolar público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es sí, ¿quién?: _____					

5. **Mujeres de 19 a 44 años, con documentación de inmigración, pueden ser elegibles para servicios de Planificación Familiar (Control de Natalidad).** ¿Quisiera usted solicitar estos servicios? Sí No

6. **¿Recibe cheques de Asistencia familiar DHR?** Sí No **¿Recibe cupones de comida?** Sí No **Caso número** _____

FOR MEDICAID USE ONLY / PARA USO EXCLUSIVO DE MEDICAID		
ALL Kids Date Rec'd _____	Medicaid Date Rec'd _____	ACCF Date Rec'd _____
Date Accepted _____	Date Accepted _____	Date Accepted _____

9. **Padrastrros.** ¿Hay algún padrastrro / madrastra viviendo en la casa? **Sí** **No**

Si es sí, _____ es el padrastrro/ la madrastra de _____ Nombre del padrastrro /madrastra	Nombre del (los) niño(s)
_____ es el padrastrro/ la madrastra de _____ Nombre del padrastrro /madrastra	Nombre del (los) niño(s)

10. Si las personas que viven su casa no tienen ninguna fuente de ingresos, marque aquí _____.

11. Ingresos de su salario y el de sus familiares que viven en la casa: Para elegibilidad de Medicaid, incluya un comprobante de ingresos de salario bruto (salario antes de deducciones) tales como copias de los talonarios o una declaración por escrito, de su empleador, de todo el salario que recibió el mes pasado.

NOTA: Sólo se toman en consideración los ingresos del padre o la madre con custodia legal del niño para el cual se está solicitando.

Nombre de la persona que trabaja	Número de horas que trabaja cada semana	Tarifa por hora	Día de la semana en que le pagan	¿Con qu frecuencia le pagan? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes Otro (especifique)	Ingresos brutos de salario (antes de deducciones) Incluyendo propinas	Nombre, Dirección y Tel fono de la Persona o Compañía en la que usted trabaja

¿Trabaja usted por cuenta propia? **Sí** **No** Si trabaja por su cuenta, usted debe incluir la copia más reciente de su Declaración de Impuestos y la parte Schedule C.

¿Recibe usted Ingresos por Agricultura o Ganadería? **Sí** **No** Si es sí, usted debe incluir la copia más reciente de su Declaración de Impuestos y la parte Schedule E.

12. Servicio de Guardería o Asistencia. Si usted trabaja, ¿alguna persona de la casa paga por atención prestada durante el día a un niño o a un adulto discapacitado que viva en su casa? **Sí** **No**

Nombre de la persona que paga por dicha atención.	¿Cuánto paga?	¿Con qu frecuencia paga?	Nombre y edad de la(s) persona(s) que recibe(n) la atención

13. Otros ingresos: Para elegibilidad de Medicaid, incluya un comprobante de ingresos como una carta que mencione sus beneficios, una copia de un cheque o una declaración de la fuente de ingresos.

Díganos si usted o algún miembro de la familia recibe otros ingresos de las fuentes enumeradas en la siguiente lista.

Para la manutención del niño, escriba el nombre del niño como la persona que recibe el pago.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. Social Security (incluya Medicare premium.) | 8. Pensión Privada | 13. Préstamos personales (de parientes, otros) | 20. Intereses de sus ahorros |
| 2. Suplmento SSI (cheque dorado) | 9. Beneficios de Mineros | 14. Indemnización por desempleo | 21. Otro: Especifique _____ |
| 3. Asistencia Pública (Welfare) | 10. Beneficios por enfermedad de "Black Lung" | 15. Anualidad o Recaudación del Seguro | 22. Otro: Especifique _____ |
| 4. Jubilación del Ferrocarril | 11. Contribuciones en efectivo (de parientes, otros) | 16. Pago del Gobierno por terrenos | 23. Acuerdos Judiciales |
| 5. Beneficios de Veterano, Pensiones, Indemnización o Seguro | 12. Ingresos de Rentas (terrenos, edificios o huipedes) | 17. Derechos de Carbón, Petróleo, Grava & Arrendamiento de Madera | 24. Salario de Talleres para readaptación de discapacitados (Sheltered Workshop Earnings) |
| 6. Anualidad Federal de Servicio Civil | | 18. Regalías | 25. Pagos únicos como herencia o lotería |
| 7. Jubilación del Estado/Pensión | | 19. Manutención (sustento) del niño | 26. Dividendos |
| | | | 27. Becas o Préstamos de Escuela |

Nombre de la persona que recibe los pagos	Tipo de pago (ver arriba)	Ingresos brutos mensuales (antes de deducciones)	¿Cada cuánto recibe los pagos?

For ALL Kids Use Only / Para uso exclusivo de ALL Kids					
Screen ck	All Kids ck	MCD ck	LF/NF ck	Fee pd ck	Date wk
For Medicaid Use Only					
ID# _____	ID# _____	ID# _____	ID# _____		

Esta página de Medicaid es sólo para Familias de Bajos Recursos (MLIF).

Si usted no desea solicitar MLIF para usted mismo, deje esta página en blanco.

Medicaid para Familias de Bajos Recursos (MLIF) es para familias de muy bajos ingresos. MLIF permite que un adulto sea incluido en Medicaid, sin embargo, la información con respecto a padres ausentes se requiere en este programa. Si desea solicitar MLIF para s' mismo, debe revelarnos la información sobre el padre ausente en el formulario de abajo, para permitirle a Medicaid enviar una derivación para sustento médico a la Sección para Hacer cumplir la Manutención del Niño del Departamento de Recursos Humanos (DHR).

Si está solicitando MLIF y hay un niño en su hogar cuyo(s) padre(s) no está(n) viviendo ahí, usted debe completar la información de abajo sobre el padre o la madre que no vive en su hogar, a menos que le pueda proveerle a Medicaid una razón válida para no hacerlo. Una razón puede ser que el niño fue concebido por violación o incesto o que el cooperar o proveer la información podría perjudicar o hacerle daño a usted o a su familia. Si usted no desea solicitar MLIF, no desea completar el formulario para información sobre el padre o madre ausente o no quiere cooperar con la Sección de Manutención del Niño, su(s) niño(s) pueden de todos modos ser elegibles para recibir Medicaid.

¿Cooperar' a usted con la Sección de Manutención del Niño para hacer cumplir con el sustento médico? Sí No

Si usted piensa que existe una razón válida para no cooperar, marque aquí _____.

¿Desea usted solicitar MLIF? Sí No

Sólo para MLIF, complete los datos con toda la información que tenga sobre cada niño cuyos padres no viven en el hogar.

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Social Security	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Domicilio		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó para la manutención del niño o el sustento médico para este niño? S' <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Social Security	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Domicilio		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó para la manutención del niño o el sustento médico para este niño? S' <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Social Security	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Domicilio		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó para la manutención del niño o el sustento médico para este niño? S' <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Social Security	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Domicilio		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó para la manutención del niño o el sustento médico para este niño? S' <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Social Security	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Domicilio		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó para la manutención del niño o el sustento médico para este niño? S' <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Social Security	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Domicilio		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó para la manutención del niño o el sustento médico para este niño? S' <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Si necesita más espacio, por favor incluya hojas adicionales.

Entiendo que:

- Esta solicitud es sólo para: ALLKids, Alabama Child Caring Foundation, Medicaid para mujeres embarazadas, Medicaid para mujeres entre 19 y 44 años de edad (sólo para servicios de planificación familiar y control de natalidad), Medicaid para niños menores de 19 años y Medicaid para Familias de Bajos Ingresos con niños (MLIF).
- Autorizo a la de Medicaid de Alabama, al Departamento de Salud Pública de Alabama y al Alabama Child Caring Foundation, a utilizar el número de mi Social Security (SSN) y el número del Social Security de las personas por las cuales yo estoy solicitando servicios, para obtener de bancos, instituciones financieras, empleadores y otras agencias del condado, del estado o federales, información sobre mis o nuestros ingresos y así determinar si calificamos para recibir asistencia o verificar si tenemos seguro.
- Para ser elegible a MLIF, debo cooperar en establecer paternidad y obtener ayuda médica, a no ser que pueda proveer a Medicaid una razón válida para no cooperar.
- Si se me acepta para recibir Medicaid, yo ceder a esta institución todos los beneficios del seguro o de la ayuda médica. Si Medicaid cubre mis gastos de salud, entonces mi seguro u otros beneficios (como resolución de demandas jurídicas) deberán usarse para reembolsar a Medicaid. Estoy de acuerdo en ayudar y cooperar con ellos para identificar y cobrar dicho dinero, la falta de cooperación puede resultar en la pérdida de mis beneficios de Medicaid. Autorizo a mi compañía de seguro, a mi empleador y a otros a dar información a Medicaid para que administre su programa.
- Yo (y mi esposo/a) debemos solicitar para obtener cualquier beneficio al que podamos tener derecho (como indemnización por desempleo).
- Yo estoy de acuerdo en informar a las agencias nombradas arriba, durante mi renovación anual, si hay algún cambio en las circunstancias familiares en mi hogar. Sin embargo si estoy recibiendo MLIF, debo reportar cuando ocurran dichos cambios, dentro de los diez (10) primeros días. (Los cambios que se deben reportar son: si alguna persona viene a vivir o deja de vivir en mi hogar, si cambio de domicilio, si los de la casa o yo obtenemos o perdemos nuestro seguro o si hay cambios en los ingresos de la familia.)
- Si se me acepta estoy de acuerdo en cooperar, si mi caso es examinado para control de calidad federal y /o del estado.
- Yo puedo pedir una audiencia si una decisión no ha sido tomada en mi caso dentro del límite de tiempo estipulado o si no estoy de acuerdo con la decisión tomada.

Favor de firmar aquí:

Con mi firma certifico que toda la información que he dado en esta solicitud es verdadera, a mi leal saber. Si hago una declaración falsa u omito información que se me pide en esta solicitud tales como ingresos o sobre miembros familiares de la casa, estoy cometiendo un delito penado por la ley federal o del estado.

Firma del solicitante	Fecha	Firma de la esposa	Fecha

Nota: Si usted está solicitando Servicios de Planificación Familiar para su esposa, quien tiene entre 19 y 44 años de edad, ella debe firmar en la línea que dice “Firma de la esposa”.

Firma de la persona que le está ayudando a llenar esta solicitud	Relación con el/la solicitante	Fecha

Firma del entrevistador que le está ayudando a llenar esta solicitud	Fecha

Puede mandar esta solicitud a cualquiera de los programas que usted está aplicando. Envíela a:

ALL Kids Program
 P.O. Box 304839
 Montgomery, AL 36130-4839
 1-888-373-KIDS (5437) Llamada sin costo

Alabama Medicaid Agency (SOBRA, MLIF)
 P.O. Box 5624
 Montgomery, AL 36103-5624
 1-800-362-1504 Llamada sin costo

The Alabama Child Caring Foundation
 P.O. Box 830870
 Birmingham, AL 35283-0870
 1-800-726-2289 Llamada sin costo